CONCOURS D'AGRÉGATION. — JANVIER 1892

SECTION DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE MÉDECINE LÉGALE

# TITRES

# ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

**DOCTEUR B. AUCHÉ**

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1892





# I

# TITRES OFFICIELS

1° INTERNE DES HÔPITAUX
(Concours de 1883)

2° CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX
(Concours de 1888)

3° MÉDECIN DES HÔPITAUX DE BORDEAUX
(Nommé le 1er au Concours de 1889)

---

# II

# RÉCOMPENSES SCIENTIFIQUES

1° LAURÉAT DES HÔPITAUX
(Prix Delord en 1886)

2° LAURÉAT DE LA FACULTÉ
Prix des Thèses (Médaille en 1887)
(Prix Godard de 2,000 francs en 1889)

3° LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX
(Prix de la Société en 1886)

---

# III

# ENSEIGNEMENT PUBLIC

## I

**Conférences de diagnostic médical**
Faites pendant le cours de mon clinicat en 1888-89.

## II

**Conférences d'Anatomie pathologique**
Faites au laboratoire de M. le Professeur Coyne, pendant l'année 1891.

# IV

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

## I

**Sarcome encéphaloïde de la région lombaire; généralisation pulmonaire**

(*Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1885)

Observation intéressante par ce fait que les noyaux secondaires avaient pris les caractères du sarcome fasciculé, et que la généralisation s'était faite par la voie sanguine, ce qui venait confirmer les opinions émises à cette époque sur le mode de généralisation du sarcome.

## II

**Arrachement d'un doigt**

(*Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux,* 1885)

Dans ce cas d'arrachement d'un doigt, les tendons des muscles fléchisseurs, superficiel et profond, celui du muscle extenseur et les expansions aponévrotiques des interosseux et des lombricaux ont été complètement séparés des faisceaux musculaires. Aucune des observations publiées jusqu'à ce jour ne présente une telle complexité. Malgré l'étendue des lésions, les douleurs éprouvées par les malades furent insignifiantes, et l'écoulement sanguin fut à peu près nul. Ce dernier fait, signalé dans la plupart des observations, tient au mode de rupture des vaisseaux.

## III

**Cancer encéphaloïde du front; perforation du frontal; propagation au lobe frontal droit**

(*Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1886)

IV

**Sur un cas de sarcome de la face**

*(Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux,* 1886)

V

**Fistule vésico-rectale survenue chez un sujet tuberculeux**

*(Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux,* 1886)

VI

**Fracture du crâne et contusion du cerveau par contre-coup**

*(Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux,* 1886)

Cette observation vient à l'appui des localisations cérébrales, car malgré la multiplicité des lésions, le malade ne présentait aucune paralysie, la zone psycho-motrice étant restée intacte. Elle sert, en outre, de confirmation à la théorie classique de la contusion cérébrale, d'après laquelle la contusion se ferait au point diamétralement opposé à celui qui a subi le traumatisme.

VII

**Cancer du sein avec généralisation pulmonaire**

*(Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux,* 1886)

Une malade est opérée pour un cancer du sein qui avait envahi secondairement le creux axillaire. Elle meurt le lendemain, et l'autopsie révèle dans ses poumons l'existence d'un grand nombre de nodosités secondaires de volume variable,depuis celui d'un grain de mil jusqu'à celui d'une noisette. Il s'agit d'un cas de généralisation par voie sanguine d'un cancer du sein. Mais le point le plus important de cette observation m'a été fourni par l'examen microscopique. « Dans le carcinome du poumon, disent Cornil et Ranvier, les parois alvéolaires sont le plus souvent conservées intactes, exactement comme à l'état normal, ou bien elles sont un peu épaissies par la formation de petites cellules rondes entre leurs fibres. Il n'y a donc pas de stroma de nouvelle formation

dans le carcinome du poumon; c'est la charpente fibreuse qui en tient lieu. » Or, l'examen de mes coupes m'a permis de constater de la façon la plus évidente que les éléments carcinomateux peuvent infiltrer les parois alvéolaires, les séparer en un ou plusieurs feuillets, se grouper et se multiplier en assez grand nombre jusqu'au moment où les parois vésiculaires trop distendues sont rompues et laissent la masse néoplasique tomber dans la cavité alvéolaire. Une figure ajoutée au texte montre cette particularité intéressante.

VIII

**Ataxie locomotrice progressive; fracture spontanée de la jambe gauche; arthropathies coxo-fémorales; arthropathies de la colonne vertébrale.**

(*Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux,* 1886)

Outre les arthropathies coxo-fémorales et les fractures spontanées bien connues depuis les travaux de M. Charcot, la malade qui fait l'objet de cette observation, présentait une lésion beaucoup plus intéressante, beaucoup moins connue, je veux parler des arthropathies de la colonne vertébrale, dont le premier exemple avait été montré à la Société de Biologie dans la séance du 21 novembre par M. le professeur Pitres. A ma connaissance, mon cas était donc le second exemple d'arthropathie tabétique de la colonne vertébrale.

IX

**Examen microscopique et bactériologique d'un cas d'endocardite développée dans le cours d'une blennorrhagie.**

Cette observation, publiée par M. le Dr Ferron, médecin principal de l'armée, est relative à un militaire qui, dans le cours d'une blennhorragie, fut pris d'endocardite végétante localisée au niveau des valvules sigmoïdes de l'aorte. La mort survint en quelques jours. L'examen bactériologique me fut confié, et je pus reconnaître que les parois de l'urèthre étaient infiltrées de gonocoques et de streptocoques. Quant aux végétations aortiques, elles contenaient non pas le gonocoque de Neisser, comme on l'avait pensé et comme tout le faisait présumer, mais uniquement le

streptocoque pyogène. Il s'agissait donc là d'un cas d'infection secondaire par le streptocoque pyogène survenu au cours d'une blennorrhagie, et à point de départ uréthral.

X

**Parésie hystérique du membre supérieur gauche**

Cette observation prise en 1887, au moment où M. Charcot faisait connaître l'hystérie masculine, est insérée dans la thèse de doctorat de M. le docteur Bitot.

XI

**Corps étranger du larynx**

(*Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1887)

XII

**Erysipèle de la face chez un brightique — Œdème du larynx; — Mort**

Dans ce cas rapporté par M. Vergely, à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux en 1890, un malade, déjà atteint de mal de Bright, fut pris d'une tuméfaction considérable de la face et du cou, sans changement de coloration de la peau, et enlevé au bout de deux jours par un œdème du larynx. Je fus appelé à faire l'examen bactériologique de cette lésion. Je constatai qu'il s'agissait simplement d'une infection streptococcique, d'un érysipèle qui avait revêtu cette forme anormale et pris cette marche presque foudroyante, du fait de l'existence antérieure de la lésion rénale dont le malade était atteint.

XIII

**Conjonctivite diphthéritique**

Cette observation a fait le sujet d'un important mémoire publié par M. le docteur Fage, dans la *Revue générale d'ophthalmologie*. Toute conjonctivite pseudo-membraneuse était considérée par quelques ophthalmologistes comme étant de nature diphthéritique. Or, dans le cas actuel, les fausses membranes conjonctivales, dont je fus chargé de faire l'examen bactériologique, ne contenaient que le streptocoque pyogène et le staphylococcus albus. Il s'agissai

donc d'une conjonctivite pseudo-membraneuse non diphthéritique, et, comme le fait remarquer M. le docteur Fage, il est probable qu'il en est ainsi dans l'immense majorité des cas.

## XIV

### Psorospermies dans un cas de cancer du sein

(*Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1891)

## XV

### Sur un cas d'érythromélalgie

(En collaboration avec M. Lespinasse)

(*Revue de Médecine*, 1890)

Chez les érythromélalgiques, la congestion douloureuse, qui est la caractéristique de l'affection, est localisée dans des points assez variables : tantôt les orteils seuls sont en cause ; tantôt les jambes et les cuisses sont envahies ; tantôt, mais beaucoup plus rarement, les quatre extrémités sont intéressées. Le malade qui fait l'objet de cette observation est un bel exemple de cette dernière forme.

## XVI

### A propos d'un cas d'intoxication aiguë par usage externe du tabac

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1891)

Les cas d'intoxication aiguë par usage externe du tabac ne sont pas d'une très grande fréquence. Plusieurs cependant ont été signalés par les auteurs. Dans mon observation, l'intoxication survint après trois frictions faites sur toute la surface cutanée avec une décoction de tabac à fumer dans le but de se débarrasser de pediculi pubis.

## XVII

### De la chorée hystérique arythmique

(*Progrès médical*, 1891)

La chorée hystérique arythmique a été décrite, ou pour mieux dire reconnue, tout dernièrement par M. le professeur Debove. Depuis MM. Merklin, Chantemesse, Joffroy, Séglas, Roque et Perret, en ont rapporté quelques nouveaux cas. Ma publication contient trois nouvelles observations : une m'a été communiquée par M. le professeur Pitres ; deux sont personnelles.

## XVIII

### Étude sur l'épithélioma des os

(*Anatomie pathologique.* — *Thèse de doctorat,* 1887)

L'existence de l'épithélioma primitif des os, admise par les uns, rejetée timidement par le petit nombre, reposait sur trois observations rapportées l'une par Virchow, l'autre par Volkmann, la troisième par Pujo. Dans les deux premières il s'agit d'un épithélioma de la peau propagé jusqu'à l'os sous-jacent ; quant à la troisième, les caractères cliniques de la lésion aussi bien que ses caractères histologiques, empêchent d'admettre l'idée de tumeur épithéliomateuse. Les bases sur lesquelles reposait l'existence de l'épithélioma primitif des os s'effondrent donc complètement. D'un autre côté, nous savons bien maintenant (la chose paraissait moins évidente au moment de la soutenance de la thèse) qu'une tumeur épithéliale ne se développe qu'aux dépens d'un épithélium. Aussi, rapprochant toutes ces données, j'ai cru devoir admettre les conclusions suivantes :

1° L'épithélioma primitif des os n'existe pas;

2° Toutes les productions épithéliales développées au sein du tissu osseux, et dans l'épaisseur des maxillaires en particulier, doivent leur origine à des éléments épithéliaux préexistants ;

3° L'épithélioma des trajets fistuleux et des cloaques de nécrose doit son origine au tissu épidermique, et peut se développer soit par greffe spontanée, soit par inclusion d'un lambeau de peau.

## XIX

### De la généralisation pleurale des tumeurs épithéliales de l'ovaire

(*Journal de Médecine de Bordeaux* 1887. — Mémoire de 52 pages)

Ce mémoire constitue le premier travail d'ensemble sur cette question. Il contient toutes les observations des tumeurs épithéliales de la plèvre, consécutives à des tumeurs kystiques des ovaires publiées jusqu'à ce jour. Elles sont au nombre de seize, dont deux personnelles. M'appuyant sur ces faits, je me suis efforcé d'établir les caractères anatomo-pathologiques et cliniques de cette complication.

Ces néoplasies pleurales secondaires se présentent sous deux aspects : sous forme de nodosités ou de petites plaques isolées, c'est la disposition la plus fréquente; sous forme de larges nappes recouvrant les plèvres dans une partie plus ou moins grande de leur étendue. Leur structure est calquée sur celle de la tumeur ovarienne primitive : comme dans ces dernières, on y observe des alvéoles pleines et des alvéoles kystiques. La généralisation se fait par l'intermédiaire d'éléments épithéliomateux qui, tombés dans la cavité péritonéale, traversent le diaphragme par l'intermédiaire des puits lymphatiques de Ranvier, dans lesquels on peut les suivre, gagnent la plèvre et vont se greffer sur tous les points de la surface pleurale.

Ces lésions peuvent s'accompagner d'un épanchement soit séreux, soit sanguinolent. Quand cet épanchement fait défaut, le diagnostic est à peu près impossible. Quand il existe, son aspect sanguinolent, l'examen microscopique qui parfois fait connaître l'existence de cellules cubiques ou cylindriques, la coïncidence de ces symptômes thoraciques avec une néoplasie de l'ovaire, permettent de reconnaître un peu plus aisément la nature de la lésion.

## XX

### De la tuberculose cutanée primitive par inoculation directe

En collaboration avec M. Dubreuilh, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux

(*Archives de Médecine expérimentale,* 1891. — Mémoire de 30 pages)

Dans ce mémoire, nous nous sommes efforcés de condenser sous un petit volume toutes les données acquises sur la matière.

Nous avons établi tout d'abord que la tuberculose inoculée chez le jeune enfant, presque toujours consécutive à la circoncision, présente une gravité toute particulière, ainsi que des symptômes et une marche qui lui sont propres.

La symptomatologie de la tuberculose inoculée est beaucoup plus variable chez l'adulte. Nous en avons décrit les divers modes de début : il peut se faire sous la forme d'un panaris siégeant à la pulpe de l'un des doigts, sous la forme d'une gomme tuberculeuse ou d'infiltration tuberculeuse de la peau, plus souvent, sous la

forme d'une lésion ulcéreuse d'emblée, plus souvent encore sous la forme papillomateuse ou verruqueuse.

Nous en avons ensuite indiqué les divers aspects symptomatiques, décrit soigneusement les caractères macroscopiques et microscopiques, et dans notre description, au moins en ce qui concerne la forme verruqueuse, nous nous sommes surtout servis de notre observation qui est certainement une des plus précises et des plus complètes. Elle présente toutes les garanties d'une véritable expérience, aussi crois-je devoir la résumer en quelques lignes.

Mme B... entre au service d'une dame atteinte de tuberculose pulmonaire, qui crachait abondamment dans ses mouchoirs. La domestique lavait ces linges elle-même ; elle les frottait avec la main droite fermée en appuyant surtout sur les articulations fléchies des derniers doigts. La malade meurt. Deux jours après Mme B... commence à souffrir de la main droite, et elle remarque une petite tuméfaction accompagnée de rougeur et de douleur à la pression au niveau de l'articulation phalango-phalangienne des deux derniers doigts, du côté de l'extension. Deux jours plus tard, cette nodosité s'ouvre et donne issue à un peu de pus séreux. Puis la lésion augmente, gagne le système lymphatique et donne lieu à l'ensemble des lésions décrites longuement dans notre brochure.

Le tubercule verruqueux initial fut excisé ; les lésions secondaires de l'avant-bras et du bras, les ganglions axillaires furent enlevés ou raclés. Ces produits furent d'une part examinés au microscope et dans tous, après des recherches des plus laborieuses on parvint à découvrir quelques bacilles de Koch. D'autre part, des fragments de tous ces tissus pathologiques furent inoculés à des cobayes et toujours les animaux devinrent tuberculeux.

Il s'agissait donc bien d'un cas de tuberculose verruqueuse primitive de la peau dans laquelle l'inoculation s'était évidemment faite en lavant des linges imprégnés de virus tuberculeux.

## XXI

## Des Névrites périphériques chez les cancéreux

(*Revue de médecine*, 1890. — Mémoire de 25 pages)

L'étude des névrites chez les cancéreux n'avait encore que fort peu préoccupé le monde médical. Oppenheim et Siemerling en rapportent deux observations succinctes. M. Klippel décrit

aussi quelques cas de névrite survenus chez des cancéreux, mais seulement dans des régions atteintes d'œdème ou de phlegmatia alba dolens, et il les croit sous la dépendance exclusive de ces lésions. La question était donc à peine ébauchée quand a paru ce mémoire dans lequel je crois avoir établi :

1° que des névrites peuvent se développer et se développent même fréquemment dans le cours et sous la seule influence des affections carcinomateuses ;

2° qu'elles occupent les sièges les plus variés, mais qu'en général les nerfs sont d'autant plus altérés qu'ils sont plus éloignés des centres nerveux ;

3° que ces névrites sont en relation avec quelques symptômes cliniques qu'il faut savoir chercher chez les malades, car rarement ils attirent l'attention sur ces troubles, d'importance secondaire pour eux ;

4° qu'elles sont probablement dues aux troubles nutritifs et aux altérations des liquides et des tissus survenant dans la période cachectique des tumeurs cancéreuses ; qu'en d'autres termes elles sont vraisemblablement la conséquence d'une auto-intoxication.

## XXII

### Des altérations des nerfs périphériques chez les diabétiques

(*Archives de médecine expérimentale*, 1890. — Mémoire de 40 pages)

L'idée de l'existence des névrites périphériques chez les diabétiques n'est pas très récente. Ziemssen, le premier, en 1885, émit l'hypothèse que certaines névralgies diabétiques doivent leur origine au développement de névrites périphériques. Aussitôt émise, cette opinion trouve de nombreux défenseurs : Hösslin, Blau, T. D. Pryce, Leyden, Eicchorst, Althaus, Buzzard, le professeur Charcot et bien d'autres. Mais jusqu'à ce jour l'histoire des névrites diabétiques ne reposait que sur des observations cliniques. Aucun examen microscopique n'était venu en donner la démonstration péremptoire. L'observation de Dav. Pryce (Lancet 1887) ne peut pas être considérée comme démonstrative, puisque son malade était alcoolique en même temps que diabétique, et que, personne ne l'ignore, l'alcoolisme est une puissante cause de névrite. Les trois observa-

tions publiées dans ce mémoire ne présentent pas les mêmes causes d'erreur. Ici le développement des altérations nerveuses périphériques ne peut être attribué qu'à l'influence du diabète. Aussi, à moins de lacune dans mes recherches bibliographiques, je crois que dans ce travail se trouve la première démonstration anatomique irréfusable de l'existence des névrites périphériques chez les diabétiques.

Dans une seconde partie de ce mémoire, j'essaye d'indiquer ce qui revient à ces lésions dans le tableau symptomatique des complications nerveuses du diabète, et je rapporte un exemple clinique de névrite crurale diabétique.

Enfin, en collaboration avec mon maître, M. le professeur Pitres, j'ai cherché la raison de ces altérations nerveuses. Je dois avouer que nos recherches ne nous ont conduit à aucun résultat bien précis; mais elles nous ont toutefois permis d'affirmer que leur pathogénie ne doit pas être cherchée exclusivement dans l'action irritante du sucre sur les nerfs périphériques

## XXIII

### De la chute spontanée des ongles chez les diabétiques

(*Journal de médecine de Bordeaux*, 1891. — Mémoire de 35 pages)

La chute spontanée des ongles chez les diabétiques fut observée pour la première fois en 1873, par M. Folet. Depuis, tous les auteurs font mention de cette complication ; mais parmi eux les uns ne donnent aucune indication bibliographique, les autres renvoient au travail du médecin de Lille. Il est donc difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir même approximativement la fréquence de ce phénomène. M. Bonieux va jusqu'à mettre en doute son existence. Je crois, pour ma part, que cette chute spontanée des ongles est assez fréquente ; mais je crois aussi que personne n'a encore indiqué la façon dont elle se produit. Les quelques observations que j'ai eu l'occasion de recueillir m'ont permis d'établir que cet accident survient de deux façons différentes. Dans certains cas, aucun phénomène antérieur, aucun trouble préalable ne paraît préparer le détachement de l'ongle. Les choses se passent alors comme dans certains cas de syphilis ou d'ataxie locomotrice progressive. Dans d'autres cas, la perte de l'ongle est précédée

d'une hémorrhagie sous-unguéale qui le décolle et en permet le détachement.

Ces épanchements sanguins sous-unguéaux ne sont pas d'ordre traumatique. Ils reconnaissent vraisemblablement pour cause, non-seulement les altérations du sang et des parois vasculaires, mais encore, au moins dans certains cas, des altérations des nerfs qui se rendent aux doigts ou aux orteils intéressés.

Dans ce même mémoire j'attire encore l'attention sur l'existence d'ecchymoses spontanées se produisant surtout au pourtour des genoux, soit au-dessus, soit au-dessous de l'articulation, à la suite de crises douloureuses nocturnes, tout à fait analogues à celles des tabétiques.

Ce fait qui, à ma connaissance, n'avait pas encore été signalé, doit être rapproché des hémorrhagies sous-unguéales. Il s'explique, selon toute probabilité, ainsi que les crises de douleurs nocturnes, par les altérations névritiques des nerfs des régions douloureuses.

## XXIV

### Recherches sur la broncho-pneumonie dans la diphthérie

Les résultats de ces recherches faites en collaboration avec M. Dubreuilh, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, ont été communiqués à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux dans la séance du 2 mars 1891 et à la Société de biologie dans la séance du 28 novembre 1891. Dans l'une et l'autre de ces sociétés savantes, nous avons annoncé que les broncho-pneumonies développées dans le cours de la diphthérie sont dues à l'envahissement du parenchyme pulmonaire, non par le bacille de Lœffler, mais au développement dans ce viscère d'une infection secondaire surajoutée. Cette infection secondaire est due tantôt au streptocoque pyogène, tantôt au pneumocoque de Talamon-Frænkel. Malgré la nature fort différente de cette complication pulmonaire dans un cas et dans l'autre, il ne nous a pas été possible, en dehors de l'examen bactériologique, de trouver dans l'aspect macroscopique ou microscopique des lésions des caractères différentiels suffisants, nous permettant de rattacher au pneumocoque telle ou telle forme de broncho-pneumonie et au streptocoque telle ou telle autre forme de la même affection. En d'autres termes, le strepto-

coque pyogène et le pneumocoque de Talamon-Frænkel ont produit chez nos malades toutes les variétés de broncho-pneumonie.

L'étude des broncho-pneumonies secondaires à la diphthérie avait tenté d'autres observateurs. Presque en même temps que nous, M. Morel, dans sa thèse soutenue le 4 mars 1891, et M. Mosny, dans la *Revue des Maladies de l'enfance*, des mois de février et mars 1891, et plus tard dans sa thèse, annoncent être arrivés à des résultats analogues aux nôtres. Toutefois, M. Mosny admet une relation constante entre la nature de l'agent infectieux et la forme de la broncho-pneumonie. D'après lui, la broncho-pneumonie à noyaux disséminés serait toujours due au streptocoque pyogène, tandis que le pneumocoque de Talamon-Frænkel produirait toujours des broncho-pneumonies pseudo-lobaires.

Cette relation entre la nature du microbe pathogène et la forme broncho-pneumonie n'a pas existé chez nos diphthéritiques.

Sauf sur ce dernier point, nos conclusions sont tout à fait analogues, et j'ajouterai même, en terminant, qu'il n'est pas impossible de voir dans l'identité des résultats auxquels nous sommes arrivés chacun de notre côté, une preuve de l'exactitude de nos recherches.

---

Le Mans. — Typographie Edmond Monnoyer, Place des Jacobins, 12